

IHR WOHLBEFINDEN IST UNS WICHTIG!

Datum

Name

Um Ihr aktuelles Befinden und ihre Situation bestmöglich beurteilen zu können, bitte/n wir/ich Sie sich die Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen in Vorbereitung unseres Gespräches auszufüllen.

• Erster Tag Ihrer letzten **PERIODE**:

• **ZYKLUSLÄNGE** (Zeit zwischen den Blutungen) ist:

BLUTUNG ist:

☐ nicht verändert ☐ kürzer ☐ länger ☐ unregelmäßig ☐ stärker ☐ schwächer ☐ bleibt aus

• Zur **VERHÜTUNG** nutzen Sie folgende Methode (haben Sie genutzt)

☐ keine ☐ Kondom ☐ Pille ☐ Andere, nämlich:

• Sofern zutreffend, welche der folgenden **Beschwerden** haben Sie zurzeit bzw. haben Sie in letzter Zeit erlebt? Kreuzen Sie bitte jede Beschwerde an und wie stark Sie betroffen sind. Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte „keine“ an.

		keine	leicht	mittel	stark	sehr stark
Nr.	Art der Beschwerde	0	1	2	3	4
1	Hitzewallungen, Schwitzen (Aufsteigende Hitze, Schweißausbrüche, Nachtschweiß)	☐	☐	☐	☐	☐
2	Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen)	☐	☐	☐	☐	☐
3	Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Ängstlichkeit (depressive, Verstimmung, Aggressivität, innere Anspannung)	☐	☐	☐	☐	☐
4	Körperliche und geistige Erschöpfung (allgemeine Leistungsminderung, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit)	☐	☐	☐	☐	☐
5	Sexualprobleme (Veränderung des sexuellen Verlangens)	☐	☐	☐	☐	☐
6	Harnwegsbeschwerden (Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger oder unwillkürlicher Harndrang)	☐	☐	☐	☐	☐
7	Trockenheit der Scheide (Trockenheitsgefühl oder Brennen der Scheide, Beschwerden beim GV)	☐	☐	☐	☐	☐
8	Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen, Herzz stolpern, Blutdruckveränderungen)	☐	☐	☐	☐	☐
9	Gelenk- und Muskelbeschwerden (Schmerzen im Bereich der Gelenke, rheuma-ähnliche Beschwerden)	☐	☐	☐	☐	☐
10	Haut und Haar (Haarausfall, verstärkter Haarwuchs z. B. Damenbart, trockene Haut, Falten, dünnere Haut)	☐	☐	☐	☐	☐
11	Gewichtsveränderungen (insb. Gewichtszunahme)	☐	☐	☐	☐	☐
12	Weitere Veränderungen (bitte nennen):	☐	☐	☐	☐	☐
Punktwerte aller Beschwerden gesamt:		☐				

• Für welche dieser Symptome wünschen Sie sich insbesondere Linderung?
Bitte kreuzen Sie die Nummern entsprechend an.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

modifizierte Menopause Rating Scale nach Potthoff et al.
Zentralbl Gynäkol 122 (2000) 280-286, überarbeitet durch
Prof. Th. Römer, Prof. P.G. Oppelt, Dr. A. Fiedler Dr. I. Kiesche;
Dr. N. Mattern